

JANVIER 2019

Guide méthodologique de la
mesure de l'activité des
établissements et services
sociaux et médico-sociaux
(ESSMS)

Sommaire

1	Contexte et enjeux du projet	6
1.	Une évolution de l'offre qui implique la définition de « conventions de mesure » de l'activité des ESSMS adaptées aux objectifs poursuivis	6
1.1	Une dynamique de transformation de l'offre médico-sociale	6
1.2	Une recherche de performance et d'efficience	10
1.3	Un nécessaire équilibre à rechercher entre ces objectifs	10
2.	Les objectifs du guide en réponse aux attentes exprimées par les acteurs de terrain	11
2.1	Des attentes convergentes d'outillage et d'harmonisation des pratiques	11
2.2	Objectifs du guide	12
2.3	Lien avec le projet SERAFIN-PH	13
2.4	Suites et prolongements de ce travail	13
3.	Méthodologie	14
2	La définition de « conventions de mesure de l'activité »	16
1.	Définition de la journée et de la nuit	17
2.	Définition de prestation directe et prestation indirecte	18
3.	Définition d'acte	19
4.	Définition de séance	20
5.	Définition d'intervention	20
6.	Convention relative à la comptabilisation de l'activité des services en actes et en séances, indépendamment de leur durée	21
6.1	Compter les actes (entrée « professionnels »/« utilisation faite des ressources ») et les séances (entrée « usagers »/« service rendu à la population »)	21
6.2	Comptabilisation de la durée des séances et des actes	21

7. Convention relative à la comptabilisation des prestations directes, et non des prestations indirectes	22
8. Convention de mesure relative aux situations avec plusieurs usagers et/ou plusieurs professionnels	23
9. Définition de la file active	24
10. Convention relative au « seuil d'entrée dans la file active »	25
11. Convention relative au mode de comptabilisation des absences/annulations, et au cas des stages des usagers	26
11.1 Des enjeux stratégiques derrière la prise en compte des absences	26
11.2 Les deux options possibles pour tenir compte des absences.....	27
11.3 Cas où l'absence de la personne ne signifie pas absence d'activité (dont stages dans un autre ESSMS)	29
12. Définitions de taux de réalisation de l'activité et taux d'occupation.....	29
13. Conventions de mesure de l'activité des CAMSP et des CMPP	30
14. Cas du fonctionnement en « dispositif »	31
14.1 En cours de généralisation sur les ITEP, le fonctionnement en dispositif préfigure des évolutions	31
14.2 Conventions de mesure de l'activité des ESSMS fonctionnant en dispositif ITEP	31
<u>3</u> Les clés de lecture et d'interprétation de l'activité.....	33
1. Quelques principes d'action	33
2. Éléments susceptibles d'influer sur l'activité réalisée	35
2.1 Profil d'activité et nature de l'offre d'accompagnement	35
2.2 Contexte d'intervention de la structure.....	37
2.3 Circonstances particulières	39
Annexe	42

▾ Précision liminaire quant au périmètre

Toutes les catégories d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), à l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des petites unités de vie (PUV) et des résidences autonomie (RA, ex-logements foyers) sont concernées par ce guide, dont le périmètre est celui du décret n° 2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats¹.

Une autre façon de définir le périmètre est de dire qu'il comprend les ESSMS visés par les articles L. 313-12-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) – contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) obligatoires dans le champ du handicap relevant de la compétence exclusive ou conjointe du directeur général de l'agence régionale de santé – et IV ter de l'article L. 313-12 du CASF même code (CPOM dits « multiactivités »), que les ESSMS inclus dans ces contrats relèvent de la compétence exclusive ou conjointe de l'agence régionale de santé ou du conseil départemental, ou les deux.

Ce chantier est apparu nécessaire tant pour les établissements dont l'activité est comptabilisée en fonction du nombre de places et de journées réalisées (nécessité d'interroger le contenu de la notion de « journée », de réfléchir aux conséquences d'une évolution vers plus de modularité des accompagnements), que pour les structures et services qui proposent des « consultations », actions de prévention ou un accompagnement en milieu ordinaire de vie, dont l'activité ne peut se traduire en journées et où la notion de place a peu de sens.

Les réflexions qui s'engagent sur le champ de la perte d'autonomie pourront amener à réfléchir à l'avenir à des travaux similaires sur les modalités de mesure de l'activité des structures pour personnes âgées non traitées de façon explicite dans le présent guide.

Précision sur les services d'aide à domicile (SAAD) : quand ceux-ci sont inclus dans un des CPOM mentionnés ci-dessus, ils peuvent être concernés par le décret précité. Cependant, l'activité des SAAD est aujourd'hui comptée en heures. Ils interviennent dans le cadre de la mise en œuvre de prestations individuelles comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH). Ces spécificités font qu'ils ne sont pas entièrement concernés par la problématique d'identification de conventions de mesure. L'enjeu des réflexions sur l'activité pour les SAAD consiste à décrire et mieux valoriser l'activité « non directement facturable », car largement de nature « indirecte » (au sens des prestations SERAFIN), qui est néanmoins utile au bon fonctionnement des services et à l'amélioration continue de la qualité. Les parties du guide relatives à la file active peuvent être appliquées par les SAAD en complément du comptage en heures.

¹ Décret n° 2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats (NOR : SSAA1808291D) : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037111744

1 Contexte et enjeux du projet

1. Une évolution de l'offre qui implique la définition de « conventions de mesure » de l'activité des ESSMS adaptées aux objectifs poursuivis

1.1 Une dynamique de transformation de l'offre médico-sociale

Les grands objectifs de la transformation impulsée

L'objectif d'apporter à chaque personne handicapée une réponse à ses attentes et à ses besoins, en cohérence avec son projet de vie, est au cœur de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». En parallèle à la mise en place du dispositif d'orientation permanent, renforçant l'attention apportée à l'effectivité des réponses et à l'accompagnement concret des personnes dans leur parcours, **l'organisation territoriale de l'offre d'accompagnement et le contenu de cette offre doivent évoluer.**

La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre (2017-2021) annoncée lors de la conférence nationale du handicap de mai 2016 vise à accompagner non seulement le développement quantitatif de l'offre, mais aussi à faciliter sa transformation (au moins 50 % de l'enveloppe de 180 millions d'euros devant être consacrés à cet objet). **Les objectifs de cette transformation de l'offre médico-sociale peuvent être reformulés ainsi :**

- > prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation des solutions ;
- > développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations de services pour mieux répondre aux besoins ;
- > consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie ;
- > améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques.

Il convient donc de favoriser, dans le fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, **le passage à une logique de « parcours » et de réponse accompagnée, et le dépassement de la notion de « places ».** Le fonctionnement des établissements et services en « dispositif » permet une adaptation continue aux besoins des usagers. **Les évolutions du secteur tendent à gommer la distinction entre « établissements » et « services » au profit d'une réflexion globale sur les modalités d'accompagnement dans leur ensemble.**

Dans un **esprit de coresponsabilité** à encourager, la combinaison de prestations venant de différents acteurs peut permettre un meilleur accompagnement et une plus grande satisfaction des attentes des personnes. **Les interventions conjointes de plusieurs acteurs** par la construction de réponses dites « modulaires », grâce à des partenariats formalisés, voire des projets coportés, sont un moyen de s'adapter aux besoins des personnes handicapées et de leur famille.

Le fonctionnement et l'environnement institutionnel du secteur médico-social doivent donc tendre vers plus de souplesse, et viser l'inclusion des personnes handicapées, par le développement de modes d'intervention sur les lieux de vie de la personne, à son domicile et en milieu ordinaire (objectif que les services représentent 50 % de l'offre dans cinq ans contre environ 30 % aujourd'hui)².

Des outils de planification et de contractualisation au service de cette transformation

Ces principes de diversification et de flexibilité, mais également d'organisation graduée de l'offre par niveau de spécialisation, guident les évolutions impulsées par les agences régionales de santé (ARS) – et se retrouvent notamment dans les PRS, projets régionaux de santé, qui sont opposables aux acteurs territoriaux – et les départements.

La réforme de la nomenclature des autorisations³ constitue un outil au service de l'assouplissement du fonctionnement des établissements et services en réduisant la segmentation des spécialités des ESSMS du champ du handicap. Il s'agit d'une démarche de simplification et d'assouplissement du régime d'autorisation, dans une logique de fonctionnement en dispositif et pour une meilleure adéquation des réponses apportées aux besoins des personnes. Simplifiée et opposable, la nouvelle nomenclature des autorisations vise à mieux répondre aux besoins individuels : éviter les défauts de prise en charge et favoriser les logiques de parcours, et à faciliter la réponse aux besoins collectifs en simplifiant la programmation, notamment dans le cadre des projets régionaux de santé. Cette réforme s'applique aux nouvelles décisions ou décisions modificatives d'autorisations prises à la suite de demandes ou d'appels à projets postérieurs au 1er juin 2017. La signature d'un CPOM conjugué à un renouvellement ou à une modification de l'autorisation offre également l'opportunité de se saisir de cette nouvelle nomenclature.

² Note complémentaire à l'instruction n° 2016-154 du 21/10/2016 – Validé par le CNP le 22 février 2018.

³ Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.

Extrait de la présentation par la DGCS du [décret n° 2017-982](#)⁴ du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

La coexistence entre plusieurs modes d'accompagnement, même quand elle emporte des modes de tarification différents, n'implique généralement pas d'autorisation spécifique. Le passage à la dotation globalisée [...] ou à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) [...] permet d'aller vers des autorisations exprimées de manière globale et d'offrir à chaque personne accueillie l'ensemble des modes d'accueil et d'accompagnement prévus par la réglementation. Dès lors que l'autorisation d'accompagnement global ne distingue plus de capacités dédiées aux différentes formes d'accompagnement, les surcoûts spécifiques liés à certaines d'entre elles, par exemple l'accueil temporaire, doivent être pris en compte dans le cadre du CPOM et des EPRD.

L'établissement qui bénéficie d'une autorisation d'accompagnement global s'engage, tant que cette capacité globale n'est pas saturée, à s'adapter aux besoins de toute personne qui lui est adressée par la CDAPH⁵, quelles que soient les formes d'accompagnement qu'elle nécessite. Le CPOM n'est pas un substitut à l'autorisation. Il permet de préciser les modalités d'accueil privilégiées à moyen terme, mais l'autorisation reste le seul document opposable à la CDAPH et aux personnes susceptibles d'être accompagnées.

Les axes de la transformation de l'offre se traduisent dans les objectifs des **CPOM** entre autorités de tarification et organismes gestionnaires, en voie de généralisation sur les secteurs qui accompagnent les personnes âgées et les personnes handicapées. Cette généralisation des CPOM induit le passage à un financement en dotation ou forfait global, dans le cadre de l'EPRD.

Une évolution réglementaire récente, le décret n° 2018-519 du 27 juin 2018, vise à maîtriser le risque d'une baisse d'activité consécutive au passage en dotation globale. Ainsi, ce décret en Conseil d'État pris en application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2017 et 2018 prévoit la possibilité (et non l'application automatique) d'une **modulation à la baisse de la dotation en cas de non atteinte des objectifs d'activité**. Les règles fixées par le décret permettent aux parties signataires du CPOM de définir les modalités de mesure de l'activité, mais **orientent vers trois types d'indicateurs (taux d'occupation, nombre de personnes accompagnées au cours de l'année, nombre de prestations réalisées)**. La mention « sauf clause contraire justifiée par la spécificité des missions ou des modes de fonctionnement » **ouvre vers d'autres modalités de mesure** de l'activité que celles listées par le décret.

Le présent guide contient (en partie 2) des définitions et conventions de mesure visant à faciliter un usage harmonisé de ces trois types d'indicateurs, ainsi que des éléments de préconisation, ouvrant vers d'autres types d'indicateurs complémentaires ou alternatifs (cf. partie 3 relative aux clés de lecture notamment).

4 <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/9/AFSA1707589D/jo/texte>

5 Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Extrait du [décret n° 2018-519](#)⁶ du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats

« 2° Il est ajouté un article R. 314-43-2 ainsi rédigé :

« Art. R. 314-43-2. - I. - Le contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12, pour les établissements et services définis au troisième alinéa du A de ce IV ter, et le contrat mentionné à l'article L. 313-12-2 peuvent prévoir une modulation de la dotation ou du forfait global en fonction d'objectifs d'activité contractualisés.

« II. - L'activité s'apprécie en fonction des catégories d'établissements et services au regard de la nature de leurs missions et de leurs modes de fonctionnement, par des indicateurs inscrits dans le contrat. Elle est, sauf clause contraire justifiée par la spécificité des missions ou des modes de fonctionnement, évaluée au moyen d'un ou plusieurs des indicateurs suivants :

« 1° Le taux d'occupation, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par l'établissement ou le service par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement ou du service ;

« 2° Le nombre de personnes accompagnées au cours de l'année civile ;

« 3° Le nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile.

« III. - Si l'activité réalisée est inférieure aux objectifs définis dans le contrat, et sous réserve de circonstances particulières justifiant tout ou partie de cette sous-activité, la dotation globale ou le forfait global peuvent faire l'objet d'un abattement, dont le projet est communiqué préalablement à l'organisme gestionnaire.

« Le pourcentage d'abattement de la dotation globale ou du forfait global est défini par établissement et service. Il est déterminé selon des modalités prévues par le contrat et ne peut être supérieur au pourcentage correspondant à la moitié de la différence entre l'objectif d'activité fixé dans le contrat et l'activité effectivement constatée. Celle-ci se fonde sur la dernière mesure de l'activité connue.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et, le cas échéant, le président du conseil départemental territorialement compétent, notifie à l'organisme gestionnaire, concomitamment à la notification du tarif, l'abattement dont celui-ci a fait l'objet en application du présent article. »

Les représentants des organismes gestionnaires participant au groupe de travail relatif à la mesure de l'activité ont souligné que le cas de dépassement des cibles d'activité n'était pas traité par la réglementation et qu'une activité croissante et dépassant les cibles devait également faire l'objet d'échanges lors du dialogue de gestion, en vue d'examiner la bonne adéquation entre l'activité et la dotation de la structure.

⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/6/27/SSAA1808291D/jo/texte>

1.2 Une recherche de performance et d'efficience

Le champ des établissements et services médico-sociaux, bien qu'il continue de connaître une évolution dynamique de ses ressources, subit lui aussi une **contrainte croissante sur ses marges de manœuvre** du fait des objectifs de réduction de la dette publique et de maîtrise des déficits budgétaires.

Depuis une dizaine d'années, les acteurs du champ médico-social se sont **progressivement approprié les raisonnements et outils visant à piloter et renforcer l'efficience de leur gestion**. Le déploiement du tableau de bord de la performance, désormais obligatoire, contribue à l'outillage de chaque acteur et du dialogue de gestion entre gestionnaires et autorités de tarification.

En relais du plan triennal ONDAM⁷ 2015-2017 qui visait une évolution structurelle du système de santé et la réalisation d'économies sur le champ sanitaire, le **plan ONDAM 2018-2022** intègre le champ médico-social dans son périmètre.

Ainsi, le caractère limitatif des ressources disponibles pour accompagner les personnes vulnérables impose de **rechercher une utilisation optimale de l'offre existante**, dans le respect des droits des personnes.

1.3 Un nécessaire équilibre à rechercher entre ces objectifs

L'enjeu consiste, dans la mise en œuvre des évolutions de l'offre et des modalités de contractualisation évoquées ci-dessus, à **concilier deux objectifs stratégiques**.

D'une part nous devons chercher à éviter les ruptures de parcours, à ne laisser personne sans solution, dans un contexte contraint. Cela implique, entre autres axes d'amélioration, de rechercher l'utilisation la plus complète des ressources existantes, en allant vers une logique d'**efficience**.

D'autre part, le passage à une **logique de « parcours » et de « réponse accompagnée »** complique la planification pour les gestionnaires, nécessite des adaptations permanentes, et va donc dans le sens d'une **« occupation » des places plus difficile à anticiper**. En effet cette évolution nécessite un assouplissement du fonctionnement des établissements et services qui accueillent et accompagnent des personnes en situation de handicap, en vue d'une personnalisation accrue des réponses apportées. Elle implique davantage d'accompagnements en milieu ordinaire, la possibilité de moduler l'accompagnement selon les périodes et de combiner plusieurs types d'accompagnements simultanément (notion de modularité), ainsi que le développement de modes d'accompagnements séquentiels ou aux temporalités adaptées à chaque personne. Cela exige des évolutions organisationnelles et de pratiques.

Tout l'enjeu des dialogues entre organismes gestionnaires et autorités en charge de l'organisation de l'offre et de son financement consiste à trouver un juste équilibre entre ces objectifs d'optimisation de l'utilisation des ressources et l'accompagnement des nécessaires transformations. La définition d'une cible d'activité dans le CPOM doit tenir compte de cette tension, et le dialogue de gestion sur cet aspect précis être éclairé par des considérations identiques. Le présent guide fournit, notamment dans sa troisième partie, des recommandations sur les éléments à prendre en compte pour une vision équilibrée de l'activité.

⁷ Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

📌 La logique de parcours plaiderait pour une analyse de l'offre médico-sociale sous l'angle des résultats pour les personnes

En effet, en mesurant l'activité réalisée par un établissement ou un service, nous examinons les moyens mis en œuvre (le fait d'accompagner, d'héberger un certain nombre de personnes, sur une certaine durée ou à une certaine fréquence). Or, l'attention portée au respect des choix des personnes, à leur qualité de vie, leur participation sociale, nous encourage à **ne pas rechercher l'activité pour elle-même, mais à vérifier qu'elle contribue à permettre des parcours de vie⁸ conformes aux attentes des personnes et exempts de ruptures non anticipées.**

Il convient donc d'approfondir les travaux en cours pour **se doter d'une vision partagée du « résultat » produit par l'offre médico-sociale** (par sa quantité, sa qualité, et son organisation). Une réduction du nombre de personnes sans solution adaptée à leurs attentes et besoins par exemple, ou encore un accroissement du nombre de personnes satisfaites de leur qualité de vie et de l'accompagnement qui leur est proposé seraient des cibles pertinentes, mais ce ne sont pas encore des objectifs dotés d'indicateurs de suivi robustes. C'est pourquoi le déploiement d'un système d'information de suivi des décisions d'orientation des CDAPH (prévu d'ici la fin 2019), qui permettra de rendre compte des orientations non suivies d'effet, ou encore les travaux que doit engager la Haute Autorité de santé (HAS) sur la mesure de la satisfaction des personnes accompagnées constituent des perspectives intéressantes.

2. Les objectifs du guide en réponse aux attentes exprimées par les acteurs de terrain

2.1 Des attentes convergentes d'outillage et d'harmonisation des pratiques

À court terme, la généralisation des CPOM induit un **besoin d'outillage pour les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux (CD)**, qui peuvent moduler la dotation accordée en fonction de l'activité réalisée. Les ARS et CD, dont certains ont pris l'initiative de formaliser des normes de comptage de l'activité (souvent fondées sur des études conduites à l'échelle départementale ou régionale), ont exprimé le souhait que des travaux nationaux leur fournissent un **cadre de référence** pour conduire le dialogue de gestion et les négociations contractuelles avec les ESSMS.

Les organismes gestionnaires, confrontés à des pratiques diverses des ARS et des CD, ont également vu d'un œil favorable une initiative visant à **harmoniser les pratiques**, mais aussi la définition de certaines notions (file active, acte, séance, intervention...).

⁸ Pour le Conseil de la CNSA (chapitre prospectif du rapport annuel 2012), « Utilisée dans le **champ de la santé** au sens large de l'OMS, la notion de parcours de vie désigne **l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes "périodes" et transitions qu'elle connaît**. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. Cette notion, qui repose donc sur le vécu de la personne dans son environnement, **interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines** (santé, mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi...) et la façon dont elles **parviennent (ou non) à favoriser : l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie** (notion importante de la loi de 2005 qui met l'accent sur les choix et aspirations des personnes), et la **continuité des différentes formes d'accompagnement** qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social, ressources...). **En parlant de parcours de vie, on inclut outre les questions sanitaires et médico-sociales d'autres questions essentielles** : la vie sociale, relationnelle, l'inclusion scolaire, l'insertion professionnelle, la protection juridique, l'accès à la citoyenneté. Autant d'aspects qui sont bien des facteurs de "bien-être physique, mental et social", donc de santé "OMS", mais qui sont trop souvent laissés de côté dans les discussions sur les parcours. »

L'ensemble des acteurs parties prenantes de la démarche s'accorde pour souligner le caractère déterminant de l'outillage des structures en systèmes d'information performants, pour tracer l'activité et en faciliter le rendu compte, mais pas uniquement (également enjeu d'informatisation des dossiers des usagers, par exemple, auquel il est répondu de façon hétérogène selon les gestionnaires). Des chantiers importants sont donc encore à ouvrir, pour bâtir des référentiels fonctionnels harmonisés et réunir les conditions d'une bonne interopérabilité des systèmes d'information des ESSMS de ceux de leur environnement (voir par exemple le tableau de bord de la performance).

2.2 Objectifs du guide

Dans ce contexte, et compte tenu de ces enjeux, le présent guide poursuit deux objectifs principaux :

- > accompagner les acteurs locaux, harmoniser leurs pratiques en les outillant pour la mise en œuvre du décret relatif à la modulation de la dotation en fonction de l'activité, en proposant des définitions des termes et des « conventions de mesure de l'activité » les plus consensuelles possible ;
- > **éclairer les dialogues de gestion** entre autorités de tarification et gestionnaires en formulant des recommandations quant à l'usage de ces conventions de mesure dans le cadre de la tarification ; et notamment identifier les éléments de contexte constituant des « clés d'interprétation » pertinentes du niveau d'activité réalisé par un ESSMS.

Ce guide s'inscrit dans une **palette d'outils** et de référentiels existants, qui contient aussi les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)⁹ et de la Haute Autorité de santé (HAS), le dispositif d'évaluation interne et externe des ESSMS, les guides méthodologiques de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), les référentiels d'action élaborés au niveau territorial... Soulignons aussi que, malgré la tentative du groupe de travail partenarial de se projeter dans l'avenir, les modes d'organisation innovants peuvent échapper à des modalités de mesure de l'activité fondées sur l'expérience des établissements et services déjà en fonctionnement.

L'accent mis dans ce guide sur la question précise de la mesure de l'activité ne doit pas être interprété comme une recommandation à limiter les dialogues de gestion à cette seule question, et encore moins à n'examiner l'activité des ESSMS que sous l'angle d'un ou deux indicateurs. **Une approche nuancée, qualitative, et à partir du croisement de plusieurs supports et documents** sera la mieux à même de prendre en compte et d'équilibrer les objectifs de qualité et d'efficacité ainsi que les spécificités des ESSMS et la nécessaire équité de traitement.

Enfin, l'approche centrée dans le présent guide sur la contractualisation autour d'objectifs d'activité tient à son objectif d'accompagnement de la mise en œuvre du décret du 27 juin 2018. Elle ne doit pas faire oublier la motivation première qui doit guider la mise en place d'un suivi de l'activité par les ESSMS : celle de professionnaliser la gestion des structures (enjeu de pilotage) et de donner à voir les prestations réalisées en réponse aux besoins des personnes accueillies (enjeux d'ajustement des réponses apportées, de prise de recul sur son activité, de « rendu compte » aux bénéficiaires finaux). **Il convient de rester vigilant à tout moment aux effets « normatifs » des modalités de calcul de l'activité sur le contenu des accompagnements**, et d'en avoir une conscience aiguë et partagée, car tout effet incitatif, désincitatif, normatif ou pervers ne peut être éliminé.

⁹ Les missions de l'ANESM ont été intégrées au sein de l'HAS à compter du 1er avril 2018.

2.3 Lien avec le projet SERAFIN-PH

Dans sa genèse, ce guide est rendu nécessaire par les évolutions actuelles, la réglementation **d'aujourd'hui** (décret en Conseil d'État permettant la modulation de la dotation en fonction d'objectifs d'activité), indépendamment ou en complément du projet SERAFIN-PH (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées).

Dans la conduite des travaux en revanche, **une articulation étroite a lieu, compte tenu de la parenté des réflexions entre la mesure de l'activité et la réforme de la tarification :**

- > le guide utilise le **vocabulaire commun** issu des nomenclatures SERAFIN afin de garantir une cohérence et de faciliter l'appropriation des termes par les acteurs du secteur. Ainsi, il reprend la distinction, établie dans la nomenclature SERAFIN-PH, entre les notions de prestations directes et indirectes ;
- > les « conventions de mesure » définies dans le présent guide seront versées aux **réflexions sur le futur modèle tarifaire** sans pour autant en définir l'orientation finale (deuxième phase du projet, engagée mi-2018 et en cours actuellement).

2.4 Suites et prolongements de ce travail

Le présent guide est un document « vivant » au sens où il a vocation à être régulièrement mis à jour, amélioré et complété au fur et à mesure que mûrissent les évolutions du secteur et des relations entre les autorités de régulation et les organismes gestionnaires. **Il s'agit donc d'une première version, qu'il conviendra d'amender ou de compléter** ultérieurement pour réévaluer la pertinence de son contenu au regard de la pratique et de la maturité croissante des acteurs du secteur sur la question de la mesure de l'activité dans un contexte de transformation de l'offre.

Le groupe de travail partenarial mis en place a vocation à être maintenu pour que la concertation se poursuive dans un esprit de recherche de consensus.

Lors de la réalisation du présent guide, des travaux complémentaires ont été identifiés, qui pourraient être utiles. Citons notamment :

- > la nécessité d'un outillage adapté des ESSMS en termes de **système d'information** de gestion, pour faciliter et automatiser la comptabilisation de l'activité : utilité de travaux nationaux garantissant une certaine homogénéité et interopérabilité des outils, pertinence des initiatives régionales prises pour avancer (exemple région Auvergne-Rhône-Alpes) ;
- > l'utilité de réfléchir à une **harmonisation des rapports d'activité** de plusieurs types d'ESMS, comme cela a été fait pour les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psychopédagogiques (CMPP), tout en tenant compte de l'évolution de la nomenclature des autorisations (et éventuels ajustements des termes utilisés dans les rapports CAMSP et CMPP selon les conclusions du guide).
N. B. Cette harmonisation pourrait être suivie ensuite d'un recueil des données d'activité (qualitatives et quantitatives) de plusieurs façons : de façon similaire aux CAMSP CMPP, avec une remontée des rapports d'activité avec les CA/ERRD (comptes administratifs/états réalisés des recettes et des dépenses) sur la plateforme dématérialisée, ou encore à partir du tableau de bord de la performance ;

- > l'utilité de conduire des études pour objectiver certaines questions que le groupe de travail partenarial s'est posées. Par exemple : niveau raisonnable de cible d'activité pour les services, par typologie d'interventions ou de publics accompagnés ; objectivation comparative de la charge que représente, en planification et en temps des professionnels (administratif, coordination...), l'accompagnement de deux personnes à mi-temps par rapport à une personne à temps plein... Autre exemple : pour des situations complexes, mesurer pour des situations concrètes les temps passés par type de professionnel sur l'accompagnement, la coordination, les éventuels groupes opérationnels de synthèse... afin de mesurer la réelle charge de travail induite ;
- > la nécessité d'approfondir à l'avenir, notamment en accumulant un peu d'expérience de mise en œuvre de la nouvelle nomenclature des autorisations, l'impact du fonctionnement en dispositif sur le « comptage » de l'activité ;
- > l'utilité d'un dispositif de suivi de l'application du décret du 27 juin 2018 (recensement des cas où la modulation a été mise en œuvre, recueil d'éléments de contexte et analyse de ces cas pour échanges au sein du groupe partenarial) ;
- > l'intérêt d'une mise à plat des périmètres d'activité et des complémentarités entre dispositifs relevant des champs sanitaire et médico-social : hospitalisation à domicile en établissement médico-social, hôpital de jour... ;
- > une réflexion à conduire (conjointement État-départements-associations et fédérations) sur le cadre réglementaire et les pratiques des départements en matière d'admission à l'aide sociale et de récupération des participations des usagers. Ces pratiques peuvent faire obstacle à une logique de parcours (admission nominative pour un établissement donné, tout changement de structure nécessitant de relancer la procédure, par exemple ; ou encore le cas des stages ou prestations de type « accueil temporaire » qui nécessitent une double admission à l'aide sociale et donc un double financement qui peut constituer un motif de blocage) ;
- > la poursuite, en lien notamment avec la préparation de la réforme SERAFIN-PH qui vise à fonder l'allocation de ressources sur la prise en compte des besoins des personnes accompagnées, des travaux relatifs à la façon de qualifier et de prendre en compte les caractéristiques (situation, besoins, attentes) de la personne, notamment à travers la méthode retenue pour l'étude nationale de coûts.

3. Méthodologie

Le présent guide résulte d'une **coconstruction partenariale**, et d'une **recherche de consensus** entre représentants d'organismes gestionnaires, d'autorités de tarification (ARS, départements) et d'agences et administrations centrales (voir en annexe la composition du groupe de travail partenarial).

La méthodologie a été guidée par les principes suivants :

- > une recherche de **capitalisation** : recueil des travaux existants sur le sujet, qui ont été pris comme point de départ ;
- > une recherche **d'utilité** : entretiens exploratoires et de cadrage avec autorités de tarification et gestionnaires (fédérations, acteurs de terrain) afin de comprendre leurs attentes ;

- > une recherche de **consensus** : mise en place d'un large groupe de travail partenarial et cristallisation progressive des points faisant consensus (« dénominateur commun ») ;
- > volonté d'impliquer **les associations représentant les personnes et leurs familles** : réunion d'échange sur une version provisoire du guide ;
- > une recherche de **cohérence** : participation de la DGCS (en charge de l'élaboration du décret), de l'ANAP (tableau de bord de la performance, chantier CPOM), de la CNAMTS (voir le rôle des caisses primaires d'assurance maladie – CPAM – pour le paiement des ESSMS), et appui sur une équipe projet interne CNSA composée de membres des deux directions métier (Direction ESMS : l'équipe SERAFIN, le pôle budgétaire et le pôle programmation ; Direction de la compensation).

Le projet résulte de quatre grandes étapes :

- > phase de cadrage du projet ;
- > capitalisation des travaux précédents et écoute des attentes des acteurs : synthèse de différents travaux menés ; entretiens exploratoires avec des acteurs locaux et nationaux ;
- > installation d'un groupe de travail partenarial ;
- > afin de ne pas cloisonner les réflexions par catégorie juridique, tout en organisant des sous-groupes pour produire plus efficacement de la matière, les travaux ont été organisés autour des différentes modalités d'accueil et d'accompagnement en ESMS : accueil de jour et/ou de nuit ; accompagnement à domicile et/ou sur les lieux de vie ; consultations ;
- > implication d'associations de personnes et de familles (*via* le conseil national consultatif des personnes handicapées – CNCPH) : au stade de la relecture d'une version provisoire du guide ;
- > rédaction et validation du guide ;
- > formalisation du livrable au fur et à mesure des réunions et échanges avec le groupe ;
- > communication et diffusion du guide.

2 La définition de « conventions de mesure de l'activité »

La présente partie vise à définir des conventions de mesure de l'activité harmonisées, de façon à garantir davantage d'équité entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux sur l'ensemble du territoire en faisant converger les pratiques des acteurs locaux. Ces conventions doivent également faciliter les comparaisons et outiller le dialogue contractuel entre les gestionnaires et les autorités de tarification, et enfin étayer une vision plus objective de l'offre sur le territoire.

📌 Pourquoi parler de « convention de mesure » ?

Tout ce qui se mesure peut se mesurer de plusieurs façons. Le temps, par exemple, en minutes, heures et jours, mais aussi en lunes, cycles de la nature... Le produit intérieur brut (PIB) pour mesurer l'activité économique est un autre exemple de convention de mesure, qui fait l'objet de débats, car d'autres alternatives existent pour mieux valoriser certains aspects de la production d'un pays. En effet, **l'idée de convention renvoie au fait que l'on « convient » collectivement de mesurer une chose d'une certaine façon**, qui est comprise par tous de manière identique.

Si l'on en « convient » c'est **parce que d'autres possibilités existent, et que l'on fait un choix collectif**, par recherche de compromis au regard des avantages et inconvénients des différentes options possibles, pour se comprendre et parler « le même langage ».

Plusieurs conventions de mesure ont été définies par le groupe de travail partenarial en vue d'harmoniser les modalités de comptabilisation de l'activité. Elles sont présentées dans cette deuxième partie du guide. L'utilisation qui en est faite doit être éclairée par la troisième partie du guide, d'égale importance.

La recherche de consensus privilégiée par le groupe de travail partenarial conduit le guide à se concentrer sur le « dénominateur commun » : **il ne règle donc pas l'ensemble des questions qui peuvent se poser dans le cadre de la mesure de l'activité, mais cherche à fournir un cadre de référence partagé.**

La partie qui suit fournit ainsi des éclairages, que l'on peut relier aux indicateurs de mesure de l'activité listés par le décret :

- > **définition de la journée et de la nuit**, utile pour éclairer l'indicateur « taux d'occupation » ;
- > **définition de prestation directe et indirecte** (au sens du projet SERAFIN-PH), utile pour éclairer l'indicateur « nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile » ;
- > **définition d'acte**, utile pour éclairer l'indicateur « nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile » ;
- > **définition de séance**, utile pour éclairer l'indicateur « nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile » ;
- > **définition d'intervention**, utile pour éclairer l'indicateur « nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile » s'agissant des CAMSP et CMPP ;

- > convention relative à la comptabilisation de l'activité des services en actes et en séances, indépendamment de leur durée, utile pour éclairer l'indicateur « nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile » ;
- > convention relative à la comptabilisation des prestations directes et non des prestations indirectes, utile pour éclairer l'indicateur « nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile » ;
- > convention de mesure relative aux situations avec plusieurs usagers et/ou plusieurs professionnels, utile pour éclairer l'indicateur « nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile » ;
- > **définition de la file active**, utile pour éclairer l'indicateur « nombre de personnes accompagnées au cours de l'année civile » ;
- > **convention relative au « seuil d'entrée dans la file active »**, utile pour éclairer l'indicateur « nombre de personnes accompagnées au cours de l'année civile » ;
- > **convention relative au mode de comptabilisation des absences/annulations, et au cas des stages**, utile pour éclairer l'indicateur « taux d'occupation » et l'indicateur « nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile » ;
- > définitions de taux de réalisation de l'activité et de taux d'occupation à partir des notions d'activité théorique, cible et réalisée, utiles pour éclairer l'indicateur « taux d'occupation » ainsi que les indicateurs « nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile » et « nombre de personnes accompagnées » ;
- > convention de mesure de l'activité des CAMSP et CMPP ;
- > convention de mesure relative à l'activité des ESSMS fonctionnant en dispositif.

1. Définition de la journée et de la nuit

Une journée correspond à un accompagnement* matin et après-midi¹⁰, quel que soit le lieu où se trouve la personne. (*À partir du moment où il y a un lien entre la personne et l'ESSMS, qui concourt à la réalisation d'une prestation au sens SERAFIN, il y a accompagnement.)

L'accueil de nuit devant pouvoir être identifié (voir notamment le cas du dispositif ITEP – institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – où d'autres modalités d'accompagnement peuvent être mises en place en journée), l'unité de mesure « nuit » est pertinente. **La nuit correspond à un accompagnement du soir au matin avec un coucher et un lever.**¹¹

10 Important : cette définition n'est pas celle retenue par la CNAMTS pour la facturation des prix de journée. Pour mémoire : pour les accueils incluant de l'hébergement, c'est la présence à minuit qui déclenche la facturation ; pour les accueils d'externat, semi-internat ou accueil de jour, c'est la présence du bénéficiaire dans les murs qui déclenche la facturation ; dans le cas des services intervenant au domicile, c'est l'effectivité d'une intervention.

11 Les catégories d'internat et d'externat, qui ne figurent plus dans la nomenclature des autorisations prévue par le décret du 9 mai 2017, mais continuent d'être usitées pour les ESSMS dont l'autorisation est antérieure, se distinguent par la présence d'un lever et/ou d'un coucher.

Internat : accompagnement sur la journée avec un lever et/ou un coucher (le groupe de travail fait le choix de ne pas inclure la notion de repas dans la définition) ; semi-internat/externat (ou accueil de jour) : accompagnement sur la journée sans lever ni coucher.

Le développement d'accompagnements partagés entre plusieurs structures et entre ESMS et milieu ordinaire rend **utile la comptabilisation de demi-journées (deux demi-journées = une journée)**, permettant de refléter la personnalisation de l'accompagnement, l'accueil de personnes à temps partiel dans le cadre d'un accueil modulaire, par exemple. **Une demi-journée correspond à un accompagnement matin ou après-midi** (la séparation entre les deux étant le moment du repas de midi, quel que soit le lieu où celui-ci est pris).

Concernant les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) : il est prévu qu'un travailleur en ESAT à temps plein travaille maximum 35 heures par semaine sur maximum cinq jours, ce qui signifie que ce temps de travail peut théoriquement être réalisé sur moins de cinq jours. Les organisations du travail prévoyant un rythme de temps plein sur moins de cinq jours doivent donc être prises en compte pour la fixation de la cible d'activité et la lecture de l'activité réalisée, car elle est comptée en journée s'agissant du rendu-compte à l'ARS (en heures s'agissant du rendu-compte à l'agence des services de paiement). De même, un ESAT fermé par exemple tous les vendredis après-midi doit voir cette spécificité prise en compte : le travail du vendredi matin peut être compté comme une journée.

2. Définition de prestation directe et prestation indirecte

Le décret n° 2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leur résultat **cite parmi les modalités possibles de mesure de l'activité le « nombre de prestations »** : ce terme a été choisi pour son caractère « englobant » afin de ne pas déterminer de façon trop fermée dans le décret l'unité d'œuvre retenue pour la mesure de l'activité.

Dans ce contexte, il convient de rappeler que **le terme de prestation utilisé dans le cadre du projet SERAFIN, et largement diffusé sous cette acception, ne désigne pas une unité d'œuvre que l'on peut décompter**, mais plutôt un ensemble d'activités que l'on peut décrire et cartographier.

Les prestations représentent de façon générale tout ce qui peut être réalisé pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, elles peuvent de fait être assurées tout ou partie par les ESMS (mais pas uniquement ; des partenaires peuvent intervenir dans la réalisation de ces prestations).

Les prestations peuvent être directes ou indirectes :

- > prestations directes : elles sont des services réalisés au profit des personnes elles-mêmes (notion de valeur ajoutée pour les personnes), des actions réalisées pour une personne que l'on peut nommer. Elles relèvent des « blocs » suivants, définis dans la nomenclature des prestations, et déclinés en catégories plus fines :
 - « prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles »,
 - « prestations en matière d'autonomie »,
 - « prestations pour la participation sociale »,
 - prestation de « coopération renforcée pour la cohérence du parcours » ;
- > prestations indirectes : ce que l'ESMS doit faire pour que les prestations directes soient réalisées (les fonctions support) et pour que cette réponse soit de qualité (pilotage, organisation, coopérations...) : « fonctions gérer, manager, coopérer » et « fonctions logistiques ».

Exemples : une réunion de synthèse avec des partenaires autour de la situation d'une personne accompagnée contribue à une prestation directe, tandis qu'un entretien ou une réunion avec des partenaires pour réfléchir de façon plus générale au « qui fait quoi » et structurer une convention de partenariat contribue à une prestation indirecte.

À noter : les prestations directes comprennent des temps de face-à-face avec l'utilisateur, mais aussi des temps de préparation de rendez-vous, de réunions autour de la situation de cet usager, de contacts avec son entourage... **Les termes « direct » et « face-à-face » ne sont donc pas des synonymes.**

[L'ensemble des informations relatives à la nomenclature des prestations SERAFIN](#)¹² se trouve sur le site de la CNSA.

3. Définition d'acte

Un acte est une action réalisée par un professionnel, au profit d'une personne ou d'un groupe.

Dans un certain nombre de régions, les ARS ont déterminé pour certains services comme les SESSAD, un nombre moyen d'actes hebdomadaire par personne accompagnée dans la file active, permettant de fixer une cible d'activité. Cette hypothèse du nombre d'actes par semaine et par usager est dans certains cas modulée selon la typologie des situations accompagnées (c'est-à-dire selon l'intensité de l'accompagnement nécessaire).

À noter : pour les CAMSP et CMPP, la définition du rapport d'activité harmonisé national est conservée : les actes correspondent aux activités d'entretien, de consultation, d'examen et de rééducation et concernent exclusivement les enfants de la file active, inscrits administrativement. Ils sont réalisés en présence des bénéficiaires, à savoir les enfants, ou leur(s) parent(s), ou leur(s) tuteur(s), et peuvent être délivrés par un ou plusieurs professionnels, également à l'extérieur des structures. L'inscription administrative, non concomitante avec un rendez-vous d'accompagnement, n'est pas un acte dans la mesure où cette action correspond à une démarche exclusivement administrative.

¹² <https://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/reformes-tarifaires/reforme-tarifaire-des-etablissements-et-services-pour-personnes-handicapees>

N. B. Les actes réalisés en présence du bénéficiaire (ou sa famille/tuteur) sont nommés « actes directs » dans les rapports d'activité harmonisés des CAMSP et CMPP. La notion « d'acte direct » entraîne une confusion avec celle de « prestation directe », au sens de la nomenclature SERAFIN-PH, donc par souci de cohérence avec le vocabulaire SERAFIN (bien que la réforme ne couvre pas les CAMSP et les CMPP), le terme « direct » sera remplacé par celui de « face-à-face » ou « présentiel » pour désigner les actes ou interventions réalisés en présence du bénéficiaire. La notion de « présentiel » ou « face-à-face » s'applique également au cas où la personne bénéficie d'un accompagnement en temps réel, mais à distance via un moyen de télécommunication.

4. Définition de séance

Une séance est le fait pour une personne d'être accompagnée par un service sur ses lieux de vie, ou de venir dans un service, dans la journée. Une séance qualifie le service rendu à la personne.

Les séances concourent à réaliser les prestations, définies dans la nomenclature SERAFIN-PH.

La notion de séance est également utilisée par les CMPP comme unité de mesure pour désigner un ensemble de plusieurs actes réalisés dans la même journée.

5. Définition d'intervention

La notion d'intervention n'est retenue dans ce guide que pour les CAMSP et CMPP, dans la mesure où elle figure dans leur rapport d'activité harmonisé (et avant éventuelle mise à jour de celui-ci après quelques années de recul sur son utilisation).

Le rapport d'activité harmonisé définit l'intervention comme :

- > **l'action d'un ou de plusieurs professionnels auprès d'un ou de plusieurs enfants/ou familles simultanément** : un entretien, un rendez-vous individuel, une séance collective... comptent pour un. Pour détailler ces interventions, on distingue les interventions individuelles ou collectives, les interventions impliquant plusieurs professionnels, les interventions internes ou externes ;
- > **l'action d'un ou de plusieurs professionnels en concertation interne ou auprès d'un ou de plusieurs partenaires** : on compte le nombre de réunions, pas le nombre de participants, à l'exception de la formation continue.

Le périmètre des interventions est donc **plus large que celui des actes**. Il intègre tous les actes et les actions de prévention réalisées à l'extérieur des structures. Pour les CAMSP, le terme englobe aussi les actions prénatales et de suivi après la sortie (dossier clos, donc hors file active).

Pour simplifier le vocabulaire utilisé, deux conventions sont ici proposées :

- > la notion d'intervention est écartée concernant les services et les établissements hors CAMSP et CMPP ;
- > la notion d'« action » utilisée dans le rapport d'activité harmonisé des CAMSP est assimilable à celui d'« interventions », le présent guide se réfère donc uniquement aux « interventions ».

6. Convention relative à la comptabilisation de l'activité des services en actes et en séances, indépendamment de leur durée

6.1 Compter les actes (entrée « professionnels »/« utilisation faite des ressources ») et les séances (entrée « usagers »/« service rendu à la population »)

Faute de consensus sur le choix d'un comptage en actes OU en séances, le groupe privilégie une double comptabilisation en actes et en séances, tout en étant conscient de la difficulté de mise en œuvre qu'elle peut représenter au regard de l'outillage en système d'information.

Les deux approches, le comptage en actes et en séances, sont en effet complémentaires :

- > le comptage des actes apparaît nécessaire aux membres du groupe afin d'éclairer l'activité réalisée par les ESSMS, sous l'angle de **l'utilisation faite par les structures de leurs ressources humaines**, dans le cadre du dialogue de gestion ;
- > le fait de compter les séances permet de valoriser **les services rendus aux bénéficiaires, à la population du territoire**, dans une logique de soutien de leur parcours.

Un ou plusieurs actes peuvent être réalisés au cours de la séance. **Mais dans la plupart des cas, le nombre d'actes et de séances sera équivalent.**

6.2 Comptabilisation de la durée des séances et des actes

Afin de ne pas contrevenir au principe de modulation des accompagnements et de personnalisation, le groupe de travail partenarial préconise de **ne pas prendre en compte la durée des actes ou séances dans le cadre de la mesure de l'activité**. Par exemple, on décide ainsi de ne pas considérer que l'on compte une séance pour 45 minutes, deux séances pour 1 h 30.

En comptant le **nombre** de séances indépendamment de leur durée, il est cependant possible de faire apparaître un biais, c'est-à-dire d'encourager une stratégie de multiplication des séances, quitte à les raccourcir. Il convient de prévenir cet effet pervers potentiel d'une comptabilisation des séances.

C'est pourquoi, il est souhaitable que les **ESSMS rendent compte, lors de leur dialogue de gestion de leurs bonnes pratiques professionnelles** concernant les durées d'intervention, selon le profil des personnes accompagnées, le projet individuel des bénéficiaires. Ces données doivent être renseignées dans le rapport d'activité. Il importe notamment que les ESSMS recherchent une optimisation du temps des usagers et de leurs proches en réduisant autant que possible les temps de transport, ou encore d'absence scolaire, par exemple, tout en prêtant attention à la fatigabilité des personnes accompagnées.

7. Convention relative à la comptabilisation des prestations directes, et non des prestations indirectes

Les séances et les actes contribuent à des prestations directes au sens de SERAFIN-PH. Comme indiqué précédemment, les prestations directes comportent à la fois du temps en « face-à-face » avec l'utilisateur et/ou son entourage et du temps sans présence de l'utilisateur et/ou de son entourage (préparation, déplacement, transmission, ...), dès lors que l'on peut nommer l'utilisateur au service duquel on travaille, et que l'on intervient dans le cadre de son projet personnalisé.

Les prestations directes peuvent correspondre :

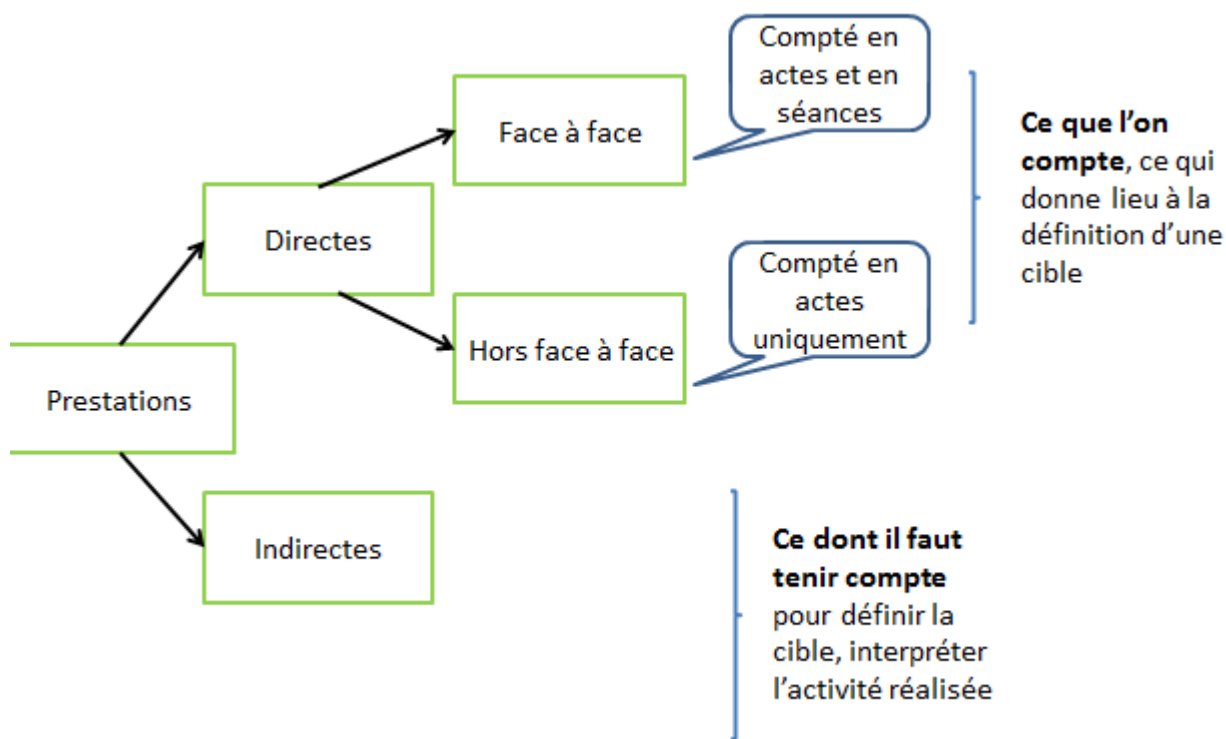
- > au temps passé avec la personne ou ses proches ;
- > au temps passé en interaction avec la personne ou ses proches (téléphone, visioconférence, Skype...) – dans ce cas précis, une durée « seuil » indicative de quinze minutes peut être proposée pour définir l'opportunité de comptabiliser l'activité ainsi réalisée comme un acte/une séance ;
- > au temps passé en substitution de la personne notamment dans le cadre de l'aide à domicile (entretien du logement, courses...) ;
- > aux réunions relatives au parcours d'une personne, à son accompagnement (interne ou avec partenaires). Ces réunions doivent être planifiées et formalisées (cela exclut les échanges informels en continu).

Le face-à-face est comptabilisé tant dans les actes que dans les séances. La part du face-à-face au sein de l'ensemble des prestations directes est un indicateur intéressant (mais le groupe partenarial n'a pas souhaité le normer comme un pourcentage cible de l'activité).

Les prestations directes hors face-à-face ne doivent donner lieu qu'à la comptabilisation d'actes, pas de séances.

Les prestations indirectes ne correspondent pas à du temps « improductif », pour autant, il est plus difficile de les comptabiliser dans le cadre de la mesure de l'activité, car elles ne renvoient pas directement à un usager que l'on peut nommer. Elles doivent être prises en compte dans le cadre du dialogue sur l'activité de l'ESSMS.

Schéma de synthèse



8. Convention de mesure relative aux situations avec plusieurs usagers et/ou plusieurs professionnels

Dans la majorité des cas, un seul acte est réalisé au cours d'une séance. Leur décompte est alors équivalent.

Et dans certains cas plus minoritaires, il convient de définir des **modalités d'équivalences entre actes et séances**. En effet, lorsqu'une séance est collective, c'est-à-dire qu'elle concerne plusieurs personnes accompagnées en même temps, ou lorsque plusieurs professionnels interviennent ensemble auprès d'une ou plusieurs personnes, il est préférable de s'appuyer sur une convention partagée pour savoir combien de séances sont à comptabiliser.

Les tableaux suivants représentent les différents cas possibles et ce que le groupe partenarial a défini. Dans les cas où plusieurs professionnels interviennent, **la règle de comptabilisation est différente selon qu'il s'agit de professionnels intervenant pour réaliser une même prestation, c'est-à-dire dans un même objectif, ou selon qu'ils interviennent pour poursuivre des objectifs distincts et complémentaires**. Comme le rappelle la nomenclature détaillée des prestations définie dans le cadre du projet SERAFIN, « la catégorisation des prestations est guidée par l'objectif poursuivi par l'action du professionnel et non la manière dont il la réalise (lieu, personne). »

Ces tableaux présentent une **proposition** de recensement de l'activité qui permettrait de définir une première convention de mesure. Le bilan de l'utilisation qui aura pu en être faite, et de leurs limites, permettra de les faire évoluer dans une prochaine version, le cas échéant.

Comptabilisation des actes dans les situations où il y a plus d'un bénéficiaire et/ou plus d'un professionnel :

	Un professionnel	Deux professionnels intervenant pour un même objectif	Deux professionnels intervenant pour des objectifs complémentaires
Un bénéficiaire	1 acte	2 actes	2 actes
Deux bénéficiaires (ou plus)	1 acte	2 actes (ou plus)	2 actes (ou plus)

Comptabilisation des séances dans les situations où il y a plus d'un bénéficiaire et/ou plus d'un professionnel :

	Un professionnel	Deux professionnels intervenant pour un même objectif	Deux professionnels intervenant pour des objectifs complémentaires
Un bénéficiaire	1 séance (même si plusieurs actes dans la même journée)	1 séance	2 séances ¹³
Deux bénéficiaires (ou plus)	2 séances (ou plus)	2 séances (ou plus)	4 séances (2 x nb de bénéficiaires)

Précisons ici que **la part des actions « collectives », touchant plusieurs personnes en même temps, dans l'activité d'un service est un indicateur important à suivre**, dans la mesure où il constitue une clé de lecture de la file active et du nombre de séances réalisées. Les séances collectives dans les locaux du service représentent en effet moins de temps de déplacement pour les professionnels. Elles peuvent présenter un intérêt thérapeutique justifiant leur réalisation au service du projet des personnes, bien qu'elles offrent moins d'opportunité de personnaliser l'accompagnement proposé.

9. Définition de la file active

La file active est le **nombre de personnes accompagnées par l'ESSMS au moins une fois dans l'année**. Cette définition est complétée d'une convention de mesure définissant des « critères d'entrée dans la file active » (voir *infra*).

Le mode de calcul, issu du tableau de bord de la performance est le suivant : nombre de personnes accompagnées dans l'effectif au 31/12/N + nombre de sorties définitives dans l'année. Une personne n'est comptabilisée qu'une seule fois dans la file active.

¹³ Attention : ce décompte ne correspond pas à celui retenu par la CNAMTS au titre de la facturation. Dans le cas des CMPP par exemple, un seul prix de journée serait facturable.

📌 Fonctionner en file active

On évoque de plus en plus le terme « fonctionnement en file active », pour désigner le fait qu'un ESSMS accueille ou accompagne un nombre d'utilisateurs potentiellement supérieur à sa capacité autorisée exprimée en nombre de places. Fonctionner « en file active » signifie en réalité moduler l'accompagnement proposé à chaque personne dans une logique de personnalisation, et de subsidiarité avec des interventions de professionnels libéraux, d'autres acteurs du champ médico-social ou d'acteurs dits du milieu ordinaire, et chercher à accompagner le plus de personnes possible compte tenu des ressources de l'ESSMS.

L'indicateur « file active » présente donc l'avantage de valoriser ce mode de fonctionnement consistant à définir les prestations à délivrer au regard d'une évaluation des besoins individuels, et à diversifier les prestations assurées par le plateau technique pluridisciplinaire. Aussi, ce mode de mesure de l'activité peut contribuer à prévenir la tendance que peut avoir un ESSMS à proposer une offre standardisée (même intensité d'accompagnement par exemple) et à installer des accompagnements dans une durée non justifiée par l'évolution de la situation de la personne.

La notion de file active vient également rendre compte de « l'agilité » des gestionnaires dans la mobilisation des ressources, à travers la possibilité d'affecter les ressources sur les modalités d'accompagnement correspondant aux flux des demandes, tout en maintenant un plateau technique susceptible d'offrir les modalités les plus diverses. Ceci préfigure un fonctionnement en dispositif ou en plateforme et s'inscrit en cohérence avec un objectif plus général d'efficacité et de recherche d'une plus grande équité de traitement.

À noter : pour les CAMSP et les CMPP, l'indicateur « Personnes présentes » est également suivi. Il donne une photographie des personnes accompagnées à une date fixe (un instant « t ») plutôt que sur un intervalle de temps. Le nombre de personnes présentes au 31 décembre est donc égal à la file active de l'année administrative moins les sorties intervenues depuis le 1^{er} janvier. Il comprend les enfants ayant un dossier ouvert et ayant bénéficié d'un acte. Comme pour la file active, la simple inscription administrative, sans rendez-vous, ne permet pas d'être comptabilisé parmi les présents.

10. Convention relative au « seuil d'entrée dans la file active »

Le groupe de travail partenarial a souhaité proposer un « **seuil d'entrée** » dans la file active, c'est-à-dire identifier une caractéristique conditionnant le fait d'être comptabilisé dans la file active pour que celle-ci soit la plus révélatrice possible de l'activité. **Le groupe a convenu que ce seuil pourrait être différent selon le type de structure et la nature de l'activité**, dès lors que la notion d'accompagnement est prise en compte, mais une modalité de comptage harmonisée reste préférable.

La convention suivante est donc proposée, afin que l'indicateur « file active » soit le plus révélateur possible de l'activité d'accompagnement des structures. Une personne est comptabilisée dans la file active :

- > lorsqu'un document individuel de prise en charge ou contrat de séjour¹⁴ est formalisé et transmis à l'utilisateur ;
ou
- > lorsque l'équipe de l'ESMS a réalisé pour elle **une prestation dans le cadre d'une évaluation de situation ou dans une démarche d'élaboration de projet individuel** (à la demande de la MDPH, dans le cadre d'un partenariat entre structures, d'une fonction d'appui...).

Le nombre de personnes « vues » une fois par un ESSMS (y compris celles pour lesquelles aucune prestation d'accompagnement n'a été réalisée) est un indicateur complémentaire pour éclairer l'activité, mais moins révélateur de l'activité réelle que ne l'est la file active définie selon les deux puces qui précèdent. Il peut être pertinent également de mettre en regard la file active et l'indicateur « taux d'admission » (nombre de nouvelles admissions/nombre de places financées).

Dans le rapport d'activité des CAMSP et CMPP, la comptabilisation d'un individu dans la file active est justifiée par la réalisation a minima d'un acte en présentiel (souvent le premier rendez-vous, en face à face avec l'utilisateur). **Dès lors, l'inscription administrative d'une personne, à elle seule si elle n'est pas suivie d'un rendez-vous, ne permet pas le décompte de la personne dans la file active.**

11. Convention relative au mode de comptabilisation des absences/annulations, et au cas des stages des usagers

Le cas des absences ici traité concerne le mode de comptabilisation de l'activité non réalisée en raison de l'absence des usagers.

11.1 Des enjeux stratégiques derrière la prise en compte des absences

La question de la prise en compte des absences des usagers soulève des enjeux importants et n'est donc pas qu'une question technique.

Ainsi, la logique d'utilisation optimale des ressources implique – entre autres moyens d'action – un raisonnement consistant à **prendre l'opportunité d'absences planifiées d'un usager pour accueillir/accompagner un autre usager de façon temporaire ou séquentielle, dans toute la mesure du possible** (c'est-à-dire en tenant compte des difficultés logistiques, pratiques et éthiques que cela peut représenter dans un établissement d'hébergement où la chambre d'une personne constitue son domicile, dont elle a personnalisé l'aménagement).

14 Article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles « Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. »

Enfin, un lien doit être fait avec les règlements départementaux d'action sociale¹⁵ et les règles de facturation de l'assurance maladie, car l'aide sociale à l'hébergement, le montant des allocations individuelles (comme la prestation de compensation du handicap – PCH en établissement) et la participation des usagers au prix de journée sont déterminés en fonction de leur présence ou de leur absence.

11.2 Les deux options possibles pour tenir compte des absences

Concernant les modalités de prise en compte des absences des personnes accompagnées, les choix locaux diffèrent (notamment règles définies par les départements dans les règlements départementaux d'aide sociale). Mais l'on peut dire que deux façons de faire se distinguent schématiquement :

- > définir *a priori* dans quels cas un usager absent est néanmoins compté dans l'activité (parce que l'absence ne peut être prévue, ne doit pas « pénaliser » l'ESSMS, car il n'a pas de prise...) et dans quels cas il n'est pas compté. On trouve ainsi, s'agissant des EHPAD par exemple (mais localement cette règle est parfois mise en œuvre en pratique pour des ESSMS PH), la règle liée à la durée de l'absence : si celle-ci est inférieure à 72 heures alors l'usager est compté comme présent, si elle est supérieure à 72 heures il est compté comme absent. Cette règle de comptabilisation des absences correspond en outre aux règles prévalant en matière de facturation des tarifs journaliers « hébergement » à l'usager¹⁶ (facturation du tarif journalier pour des absences de moins de 72 heures et facturation d'un tarif minoré pour les absences au-delà de 72 heures) ;
- > ou choisir de ne jamais compter un usager absent dans l'activité réalisée, mais prévoir *a posteriori* un examen de toutes les absences par motif, pour comprendre et nuancer la lecture de l'activité réalisée.

Dans les deux cas, il est nécessaire de **qualifier les motifs d'absence** et d'avoir un dialogue autour de ces absences, comptabilisées et classées par catégorie (liste à établir en amont¹⁷). La cible d'activité à réaliser, lorsqu'elle donne lieu à une négociation dans le cadre de la contractualisation (dans les cas où le PRS ne définit pas de cible d'ores et déjà opposable), peut tenir compte d'une hypothèse de départ en termes d'absences des usagers ; puis la lecture de l'activité réalisée doit s'appuyer sur un rendu compte sur les absences et leurs motifs respectifs.

¹⁵ La grande diversité des règles définies dans les règlements départementaux d'aide sociale (RDAS), qui illustre les marges de manœuvre des collectivités départementales dans le cadre de la réglementation actuelle, a été soulignée par les membres du groupe de travail partenarial comme une source de difficulté pour les organismes gestionnaires (notamment lorsqu'ils gèrent des ESSMS dans plusieurs départements), et de manque de lisibilité.

¹⁶ L'article R. 314-204 du Code de l'action sociale et des familles précise les modalités de facturation des tarifs hébergement des résidents : « Dans les établissements relevant du 6° et du 7° du I de l'article L. 312-1 et dans les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée, le tarif journalier afférent à l'hébergement est, en cas d'absence de plus de soixante-douze heures, minoré des charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie pour un montant fixé dans le règlement départemental d'aide sociale. Pour les absences de plus de soixante-douze heures pour cause d'hospitalisation, cette minoration doit tenir compte du montant du forfait hospitalier. »

¹⁷ Liste non exhaustive de motifs d'absence possibles, à ajuster en fonction du type de structure et du profil du public accueilli : vacances, raison familiale, raison de santé sans hospitalisation, hospitalisation prévue, hospitalisation non prévue, transports indisponibles, oubli, refus de la personne, fugue/évitement, intempéries.

Cas des ESAT :

- > maladie, maternité, accident du travail : maintien de la rémunération après la période de carence de trois jours, donc déclaration par les ESAT à l'ASP des jours de maladie ; pas de journée d'activité comptée dans le reporting ARS (alors qu'il n'est pas possible d'intégrer un travailleur sur le poste vacant, faute de pouvoir lui garantir la rémunération : cela doit être pris en compte pour la détermination d'une cible réaliste) ;
- > absences exceptionnelles pour événements familiaux¹⁸ et autres congés et absences non citées ci-dessus¹⁹ : comptés dans effectifs au sens de l'Agence de services et de paiement (ASP), non comptés dans les journées réalisées dans le rendu compte à l'ARS. L'absence pour événement familial est un droit légitime du travailleur handicapé, et celui-ci ne peut pas être remplacé par un travailleur ponctuel, car il n'aurait pas droit à la rémunération garantie pour la partie « aide au poste » ;
- > congés annuels et éventuels « jours mobiles » : comptés dans effectifs au sens de l'ASP, non comptés dans les journées réalisées dans le rendu compte à l'ARS, mais pas inclus non plus dans les journées théoriques dès lors qu'à ces congés correspondent, soit une période de fermeture de l'établissement, soit un fonctionnement partiel²⁰. Il faudra veiller à rapprocher cette comptabilité du projet d'établissement et en particulier de la nature de l'activité économique, lorsqu'elle doit être ouverte 365 jours par an ou lorsqu'elle peut imposer des rythmes de travail sur quatre jours dans la semaine ;
- > absence sans justificatif (problème de transport, instabilité personnelle...) : non compté dans l'activité réalisée, ni pour ASP ni pour l'ARS. Quand elle est régulière ou prévisible, cette absence peut permettre l'accueil de stagiaires ou de personnes en situation d'attente²¹.

18 En application de l'article R. 243-12 du CASF.

19 En application de l'article R. 243-13 du CASF.

20 En cas de fermeture, le nombre de jours correspondants est déduit de l'amplitude d'ouverture ; en cas de fonctionnement partiel – par exemple 50 % sur les mois de juillet et d'août – c'est la capacité d'accueil qui est pondérée.

21 Le groupe partenarial a fait le constat que l'appréciation mensuelle par l'ASP du respect par l'ESAT de sa capacité autorisée en ETP pour verser l'aide au poste privait les gestionnaires d'une certaine souplesse dans l'admission ponctuelle en compensation des absences. Cette évolution relèverait d'une modification de la réglementation appliquée par l'ASP.

11.3 Cas où l'absence de la personne ne signifie pas absence d'activité (dont stages dans un autre ESSMS)

Il convient de garder à l'esprit que **l'absence d'une personne, notamment lorsqu'elle est accompagnée par une autre structure ou hospitalisée ou accueillie en stage, ne signifie pas toujours pour autant l'absence d'activité pour l'ESSMS** (suivi en parallèle d'un séjour hospitalier par exemple, ou lien continu avec un autre acteur accueillant la personne pour un stage). On ne peut donc pas exclure de façon rigide toute « double comptabilisation » dans un contexte où l'on cherche à développer souplesse et modularité des accompagnements. C'est pourquoi il est important de rappeler le caractère indispensable du dialogue a posteriori sur la réalisation de l'activité.

Enfin, il est précisé que l'ESSMS n'a pas toujours de prise sur le refus d'un usager de venir (par exemple dans le cas de troubles psychiques), et une logique de « l'aller-vers » est pertinente pour certains publics en particulier (cf. recommandations de bonnes pratiques).

Cas des stagiaires en ESAT : les stagiaires en ESAT et les personnes en mise en situation professionnelle en ESAT (MISPE) n'ont pas de contrat de soutien et d'aide par le travail (CSAT), ne reçoivent pas de rémunération et ne donnent donc pas lieu à un rendu compte en termes d'activité à l'agence des services de paiement. En revanche, **ils sont comptés dans les journées réalisées dont l'ESAT rend compte à l'ARS.**

12. Définitions de taux de réalisation de l'activité et taux d'occupation

L'activité théorique est l'activité maximale possible pour l'ESSMS compte tenu de sa capacité autorisée et installée²². Le nombre de journées théoriques est le nombre de journées possibles au maximum sur l'année. Il correspond à l'amplitude d'ouverture de l'établissement ou du service sur une année civile multipliée par la capacité autorisée. Par exemple : pour un établissement fonctionnant en continu, 365 x nombre de places autorisées et installées, pour les ESAT, nombre de journées théoriques = 222 ou 225 jours (selon que l'organisme gestionnaire accorde ou non les trois jours mobiles) multiplié par le nombre de places donc d'ETP²³. Le calcul peut être ajusté notamment dans le cadre d'autorisations d'accompagnement global.

L'activité cible, négociée entre les parties signataires du CPOM ou définie par le projet régional de santé, tient compte de l'amplitude d'ouverture par catégorie de structures : nombre de jours d'ouverture x nombre de places autorisées et installées. La cible peut être annuelle, et/ou au terme du CPOM au regard des objectifs qui seront fixés dans le CPOM (cible annuelle et cible au terme du CPOM peuvent être identiques ou non). Le calcul peut être ajusté notamment dans le cadre d'autorisations d'accompagnement global.

L'activité réalisée, comptabilisée en journées, actes, séances, et autres modes de mesure définis dans le contrat, peut être différente de l'activité cible en raison de contingences et éléments de contexte (voir la partie 3).

²² Précision concernant les ESAT : Une place autorisée correspond à un équivalent-temps plein (et non à une personne quel que soit son temps de travail).

²³ L'amplitude d'ouverture peut être supérieure lorsque l'établissement reste ouvert durant toute la période estivale. Dans ce cas, la capacité d'accueil est pondérée. La possibilité de comptabiliser les places en ETP ne peut conduire à déroger aux règles de sécurité en matière d'accueil du public.

Le taux de réalisation de l'activité est le rapport entre l'activité réalisée et l'activité cible (mesurées en actes, séances, journées, file active...). Il mesure l'activité au regard de l'objectif fixé.

Le taux d'occupation est le rapport entre l'activité réalisée, en journées, actes... et l'activité théorique. Il mesure l'activité réalisée au regard de la capacité totale de l'établissement.

13. Conventions de mesure de l'activité des CAMSP et des CMPP

Les indicateurs à retenir pour la contractualisation de la cible d'activité doivent permettre d'approcher de façon synthétique l'activité des structures tout en tenant compte des spécificités qui leurs sont propres. En effet, la contractualisation sur un nombre réduit d'indicateurs, au-delà d'une meilleure faisabilité technique, contribue également à **fixer aux CAMSP et CMPP un nombre raisonnable de cibles, et donc à ne pas multiplier les cibles quantitatives dont la non-atteinte leur ferait courir un risque de modulation de leur dotation.**

Il convient de rappeler que tous les CAMSP ne disposant pas d'autorisations comparables, il sera nécessaire de les faire évoluer, le cas échéant pour permettre un indicateur basé sur une file active générale, ou sur un nombre de places ou un nombre d'interventions.

Dans un temps prochain, et au regard de l'analyse qui découlera du rapport d'activité, il conviendra, si besoin, de faire évoluer certains items du rapport ou d'en définir clairement la sémantique.

Les unités de mesures retenues pour définir les indicateurs d'activité des CAMSP et CMPP autour desquels organiser la contractualisation sont les suivantes :

> la file active :

- rapport CAMSP – indicateur B.I.1 Nombre d'enfants de la file active et mobilité,
- rapport CMPP – indicateur B. I.1 Nombre d'enfants de la file active et mobilité ;

> les interventions pour les CAMSP :

- rapport CAMSP – indicateur B.II.1 Nombre d'interventions réalisées avec l'enfant et/ou ses parents au CAMSP ou sites du CAMSP,
- rapport CAMSP – indicateur B.II.2 Nombre d'interventions réalisées avec l'enfant et/ou ses parents hors CAMSP ;

> les actes pour les CMPP :

- rapport CMPP – indicateur B.II.1 (ligne 2) Nombre total d'actes réalisés avec l'enfant et/ou ses parents au CMPP ou site du CMPP et absentéisme,
- rapport CMPP – indicateur B.II.2 Nombre d'actes réalisés par les professionnels du CMPP avec l'enfant et/ou ses parents hors CMPP ;

> le nombre de personnes accompagnées à une date donnée :

- rapport CAMSP – indicateur C.I.1 Nombre d'enfants présents au 31 décembre,
- rapport CMPP – indicateur C.I.1 Nombre d'enfants selon la dernière modalité d'accompagnement (prendre le total).

14. Cas du fonctionnement en « dispositif »

14.1 En cours de généralisation sur les ITEP, le fonctionnement en dispositif préfigure des évolutions

Rappels concernant le fonctionnement en dispositif ITEP

Le fonctionnement en dispositif ITEP consiste en une organisation particulière des établissements et services, qui repose sur une orientation de la CDAPH en « dispositif ITEP ». Cette organisation permet aux établissements et services, avec la famille, de **choisir la modalité d'accueil la plus adaptée aux besoins des enfants et jeunes accompagnés, et de faire évoluer celle-ci ou d'en combiner plusieurs**, en fonction de l'évolution de la situation, **sans nécessité d'une nouvelle orientation** par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

Une orientation « en dispositif » permet de mobiliser au moins **trois modalités d'accueil** en interne à une structure ou par convention entre structures : l'accueil de nuit (internat ou accueil familial spécialisé), l'accueil de jour (externat ou semi-internat), l'accueil ambulatoire (SESSAD). Le fonctionnement en dispositif permet donc un dépassement des logiques établissements et services au profit de la **continuité des parcours de vie, de santé et de scolarisation** des jeunes relevant d'ITEP.

Une évolution plus globale vers moins de cloisonnement et plus d'inclusion

La **réforme de la nomenclature des autorisations des ESSMS PH** introduite en 2017, qui vise aussi à dépasser le cloisonnement de l'offre par modalité d'accompagnement, va dans le même sens : celui d'une souplesse accrue pour personnaliser et faire évoluer l'accompagnement de chaque personne.

Un **fonctionnement en dispositif est expérimenté ou étendu, dans plusieurs régions, à d'autres types d'ESSMS**, pour les jeunes relevant d'IME par exemple. Il est donc intéressant de considérer le dispositif ITEP comme une démarche préfiguratrice d'évolutions plus larges, encore en cours de définition et de montée en charge.

Dans **une dynamique de l'inclusion**, scolaire notamment, la place de l'accompagnement ambulatoire et le temps de scolarisation en milieu ordinaire des enfants ont vocation à augmenter au détriment de la place de l'accueil (accueil de jour en tout cas).

Un fonctionnement si souple constitue pour les établissements et services qui le mettent en œuvre, **un défi certain de planification et d'organisation de l'activité**. Les gestionnaires doivent rester vigilants à ce que la recherche de stabilité de l'organisation et de facilitation de la gestion ne conduise pas à une « rigidification » des emplois du temps des enfants et à un éloignement de l'objectif de personnalisation. Là encore s'illustre bien le nécessaire équilibre entre « optimisation de l'utilisation des ressources d'accompagnement » et « souplesse et personnalisation ».

14.2 Conventions de mesure de l'activité des ESSMS fonctionnant en dispositif ITEP

La problématique consiste en **la coexistence – dans le cadre du DITEP – d'un comptage de l'activité d'accueil de nuit en nuits, de l'accueil de jour en journées, et de l'ambulatoire en actes ou séances**, soit l'addition d'unités d'œuvre différentes et la difficulté de déterminer une cible d'activité pertinente, au total ou par modalité d'accompagnement. Il existe *de facto* un système de « vase communicant » entre les modalités d'accompagnement, sans qu'un rapport d'équivalence entre les unités d'œuvre soit posé.

Le groupe a donc posé les conventions suivantes :

Le **périmètre du dispositif ITEP** dont l'activité est comptabilisée est composé des structures qui figurent dans la convention relative au fonctionnement en dispositif, et qui ont signé un contrat de séjour avec les personnes accompagnées.

L'indicateur le plus directement révélateur de l'activité du DITEP est sa file active, toutes modalités d'accompagnement confondues. Un enfant accompagné est compté une seule fois dans le cadre d'un même dispositif, quel que soit le nombre de modalités d'accompagnement dont il bénéficie. Le rapport « nombre de personnes dans la file active/nombre de places autorisées et financées » est un élément d'éclairage utile pour la fixation de la cible et la lecture de l'activité réalisée (pour tenir compte du fait que deux personnes accompagnées à mi-temps ne représentent pas la même activité qu'une personne accompagnée à temps plein).

L'activité peut en outre être comptée selon deux options (proposées en l'absence de consensus au sein du groupe) :

- > soit modalité par modalité selon les unités d'œuvre propres à chaque modalité :
 - dans ce cas, pour les jeunes combinant plusieurs modalités d'accompagnement sur une même journée, on compte une unité d'œuvre dans chaque modalité d'accompagnement dans la limite de 1 nuit + 1 journée par 24 heures pour un usager,
 - dans ce cas également, le groupe préconise de ne pas figer des cibles d'activité par modalité d'accompagnement, car cela irait à l'encontre de la souplesse attendue ;
- > **soit en définissant un rapport d'équivalence entre les différentes unités d'œuvre** (par exemple « 1 nuit = 1 journée = 3 actes » ; ou, pour encourager le développement de l'accompagnement ambulatoire, « 1 nuit = 1 journée = 1 acte ») **qui permet de faire le total de l'activité toutes modalités confondues**, tout en continuant de suivre la part de chaque modalité dans le total ; le groupe préconise de travailler sur cette question du « rapport d'équivalence entre les unités d'œuvre nuit/journée/acte ou séance » pour l'objectiver et parvenir à un consensus étayé par des éléments partagés.

L'indicateur « part des enfants ayant bénéficié pendant l'année de plusieurs modalités d'accompagnement » reste intéressant à suivre, mais n'est pas celui sur lequel il apparaît pertinent de contractualiser une cible, son interprétation restant délicate.

Enfin, le groupe de travail a ouvert les perspectives suivantes :

Des **enquêtes « flash » plus détaillées pourraient être conduites**, par exemple deux fois par an sur une période d'une semaine, pour observer les modalités d'accompagnement mises en œuvre et recueillir des données plus fines que sur un recueil annuel global. Cette piste avait été évoquée dans le cadre de l'expérimentation et un format de recueil élaboré.

Le format du bilan annuel d'activité du dispositif ITEP, prévu en annexe au décret, pourrait être revu au regard de l'expérience, tant des organismes gestionnaires sur la faisabilité du remplissage, que des ARS sur l'exploitation réalisée.

3 Les clés de lecture et d'interprétation de l'activité

1. Quelques principes d'action

Après avoir proposé dans la partie précédente des conventions de mesure de l'activité en vue de la contractualisation, il est important **d'assortir cet « outillage » de recommandations, pour que les cibles soient fixées et les résultats interprétés en toute cohérence, avec les orientations stratégiques de la politique publique dans le champ de l'autonomie.**

La tension existant entre une nécessité d'optimiser le recours à l'offre existante, et celle de permettre une personnalisation des accompagnements par un fonctionnement souple et modulaire des ESSMS, implique une **approche nuancée, équilibrée, dans le dialogue, la confiance, et la compréhension réciproque des contraintes** de chaque acteur.

Le groupe de travail partenarial a ainsi amplement discuté des éléments de contexte et de caractérisation de l'ESSMS susceptibles d'influer sur le niveau d'activité réalisable ou réalisé.

Avant d'explicitier ces éléments, quelques principes d'action sont ici proposés :

- > il convient de souligner tout d'abord la **primauté juridique des cibles d'activité contenues et définies dans les projets régionaux de santé**, ces derniers étant opposables, ainsi que la légitimité de certaines différences entre les choix régionaux, lorsqu'ils reposent sur des spécificités de territoire et de contexte démographique, d'équipement, socioéconomique, par exemple. Cela n'empêche pas la formulation des principes et des recommandations suivants, en complément. Lorsque la cible d'activité n'est pas déterminée de façon spécifique à chaque organisme gestionnaire dans le cadre de la contractualisation, en tenant compte d'éléments comme ceux détaillés dans cette partie du guide, la lecture de l'activité réalisée et de l'atteinte de la cible doit pouvoir tenir compte *a posteriori* de ces spécificités ;
- > en cohérence avec la démarche Réponse accompagnée pour tous, il convient de valoriser l'implication des établissements et services qui contribuent à apporter des réponses à des situations complexes, en risque ou en situation de rupture, souvent en s'alliant à d'autres acteurs pour répondre à une diversité de besoins. Ces établissements et services doivent se voir accorder une certaine souplesse dans l'atteinte des objectifs d'activité, en contrepartie de la souplesse et du volontarisme dont ils font preuve pour construire des solutions ;
- > transformer l'offre dans une démarche inclusive nécessite des ajustements, une adaptation des pratiques et des organisations, voire des restructurations de grande ampleur qui peuvent jouer sur le niveau d'activité réalisé pendant la période de mise en place et d'appropriation d'un nouveau mode de fonctionnement. Au regard des craintes que peut susciter la transformation de l'offre (légitimement, comme le ferait tout changement important), il importe d'accompagner les organismes gestionnaires, qui peuvent craindre une baisse temporaire d'activité préjudiciable à leur dotation. Par ailleurs, une possibilité de révision des cibles d'activité permettrait de tenir compte des évolutions du contexte et des organisations des ESSMS auxquels une adaptation permanente est légitimement demandée ;

- > la mesure de la quantité d'activité réalisée ne doit pas conduire à une lecture de l'activité des ESSMS et à un dialogue de gestion exclusivement centrés sur ces aspects quantitatifs ;
- > il est essentiel, dans la fonction de régulation et de contrôle de l'offre qu'exercent les CD et les ARS, qu'ils veillent au respect par les ESSMS des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- > la qualité du service rendu et son adéquation aux attentes des personnes accompagnées doivent constituer un axe majeur de la contractualisation entre autorités et gestionnaires d'ESSMS, sans omettre la question de la qualité de vie au travail des professionnels des ESSMS, également essentielle ;
- > lorsque les modalités de mesure de l'activité ou de détermination de la cible²⁴ peuvent présenter un risque en termes qualitatif ou organisationnel, il est indispensable que toutes les parties prenantes de la négociation contractuelle usent de bon sens pour maîtriser ce risque. Par exemple, une recherche de maximisation du nombre de séances réalisées par un SESSAD ne doit pas se faire au détriment de leur durée – le rendu compte autour des durées des séances peut être un moyen de contrôler cet aspect ;
- > il reste très important de considérer la nature des prestations fournies, et la richesse de l'activité. Ainsi pour les CAMSP et les CMPP, le fait d'examiner l'ensemble du rapport d'activité harmonisé fournira des clés de lecture essentielles²⁵ ;
- > l'optimisation de l'utilisation des ressources médico-sociales ne doit pas entraîner un non-respect du domicile individuel des personnes accueillies dans les ESSMS : le consentement des personnes et des familles doit ainsi être recueilli avant de pouvoir accueillir une autre personne de façon temporaire dans leur espace de vie ;
- > **le projet d'établissement ou le projet de service** constitue une source importante d'informations concernant l'ESSMS. Il y est fait mention à plusieurs reprises dans les fiches ci-dessous ;
- > de façon générale, **un indicateur ne doit pas être lu seul**, mais à la lumière d'autres indicateurs : le territoire d'implantation de la structure, les spécificités du gestionnaire, le public accompagné... sont autant de données qui éclaireront les échanges sur le niveau d'activité réalisable ou réalisé.

24 Exemple d'effets contre-productifs possibles concernant les modalités de détermination de la cible : une règle reposant sur une complète proportionnalité entre amplitude d'ouverture et activité cible peut entraîner une réticence des gestionnaires à accroître leur durée d'ouverture, par crainte de ne pouvoir atteindre une cible d'activité mécaniquement devenue très élevée. Une sorte de « permanence territoriale de l'accueil » (au sens de la « permanence des soins » dans le champ sanitaire) pourrait au contraire être établie en organisant une extension des durées d'ouverture d'un certain nombre d'ESSMS sur chaque territoire, tout en acceptant que ces établissements ne soient pas « remplis » à leur maximum sur l'ensemble de leur durée d'ouverture. Il s'agit là d'un enjeu de conciliation entre l'objectif d'efficacité et celui de disponibilité des réponses.

25 Par exemple, pour les CAMSP deux indicateurs permettent d'éclairer l'intensité des accompagnements réalisés et d'éclairer (de « pondérer ») la donnée « file active » : d'une part la déclinaison de l'activité fournie par l'indicateur B.1.2 du rapport harmonisé (nombre d'enfants de la file active ayant bénéficié respectivement d'un contact ponctuel/d'un bilan pluridisciplinaire/d'un suivi thérapeutique/ayant bénéficié d'une prise en charge complémentaire non rétribuée par le CAMSP), d'autre part le nombre d'enfants en suivi thérapeutique selon la fréquence des interventions programmées (indicateur C.1.1). Pour les CMPP le raisonnement est similaire, avec l'examen du nombre d'enfants de la file active ayant respectivement bénéficié d'un bilan-diagnostic pluridisciplinaire, d'un traitement, de soins complémentaires...

2. Éléments susceptibles d'influer sur l'activité réalisée

Le groupe de travail partenarial a identifié les principaux éléments suivants, susceptibles d'intervenir dans le contexte et le mode de fonctionnement des ESSMS, et d'influencer leur niveau d'activité. Ils ne sont pas exhaustifs.

Certains de ces facteurs sont identifiables *a priori* et peuvent donc être pris en compte dans le dialogue de gestion entre gestionnaires et autorités de tarification dès le calibrage de la cible d'activité (lorsque celle-ci est spécifique, c'est-à-dire non encore déterminée par des dispositions du projet régional de santé notamment), afin qu'elle soit réaliste et ne vienne pas contredire des objectifs partagés. Certains facteurs, en revanche, ne peuvent pas être anticipés. Ils doivent être pris en compte *a posteriori* lors de l'examen annuel de l'activité réalisée l'année précédente, pour éclairer la compréhension de cet indicateur.

2.1 Profil d'activité et nature de l'offre d'accompagnement

Le public accompagné

Le profil des personnes accueillies/accompagnées influe sur **l'intensité de l'accompagnement**, autrement dit le temps nécessaire et le profil des professionnels à mobiliser. **La différenciation dans l'allocation de ressources (niveau de la dotation) en fonction du type de public accueilli doit permettre d'éviter que cela n'entraîne l'accompagnement d'un moindre nombre d'utilisateurs par un service**, si les personnes accompagnées ont des besoins mobilisant des ressources importantes.

[L'étude sociologique](#)²⁶ réalisée dans le cadre du chantier SERAFIN pour établir les facteurs jouant à la hausse ou à la baisse sur la mobilisation de moyens a mis en évidence que c'était surtout **le caractère « atypique » d'une situation par rapport à celles habituellement accompagnées** par l'ESSMS (et donc celles sur la base desquelles est *a priori* calibrée l'allocation de ressources) qui engendrait une mobilisation accrue de ressources et des difficultés pour les équipes. En effet, pour un profil de personne accompagnée peu habituel, les équipes vont avoir besoin de rechercher des appuis de partenaires extérieurs, de passer plus de temps pour trouver des solutions adaptées, ... Ainsi, un établissement ou service qui se mobilise pour accompagner des publics éloignés du profil de personnes dont il a l'habitude, et notamment des situations à risque de rupture (notamment critique) ou présentant **une complexité particulière**, dans le cadre d'un plan d'accompagnement global par exemple, peut dans certains cas voir un impact sur le niveau d'activité qu'il est susceptible de réaliser.

En outre, et selon l'étude, **l'instabilité de l'état de santé** des personnes accueillies (avec fréquentes aggravations de l'état de santé psychique ou somatique) pouvait engendrer plus fréquemment des **hospitalisations**, jouant sur l'activité comptabilisée.

Fait qui ressort également de l'étude conduite pour la réforme SERAFIN, l'existence de **difficultés sociales particulières** (précarité, isolement relationnel avec absence d'entourage familial « relais »...) **contribue à la complexité d'une situation** en s'ajoutant à des problématiques somatiques et/ou psychiques (besoin d'accompagnement administratif, de coordination avec les acteurs du secteur social²⁷...).

²⁶ https://www.cnsa.fr/documentation/synthese_rapport_reperes_version_finale_relue.pdf

²⁷ L'articulation avec les services sociaux est notamment indispensable pour les enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance (problématique notamment de la prise de relais d'un hébergement en cas de fermeture ponctuelle/saisonnière de l'ESSMS handicap où l'enfant est accueilli à titre principal).

Il convient enfin de rappeler que les ESMS qui assurent l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie ont une obligation de suivi triennal, qui doit aussi être prise en compte dans le calcul de l'activité. Les sources permettant de nourrir le dialogue de gestion sur ce point sont :

- > dans le tableau de bord de la performance : profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées (à confronter à l'autorisation FINESS) ; répartition par âge des personnes accompagnées ; part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection ; taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale ;
- > GMP pour les SSIAD à compléter par d'autres indicateurs témoignant de la complexité des situations ;
- > part des enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ;
- > part des personnes isolées (= ne pouvant pas compter sur un entourage familial en raison de son absence ou de ses difficultés) ;
- > pour les CAMSP : nombre total de synthèses individuelles effectuées pour les enfants de la file active (indicateur B.I.4 du rapport d'activité harmonisé) ; cela permet d'appréhender la complexité des dossiers traités et le travail des équipes pluridisciplinaires ;
- > pour les CMPP, chapitre C.II. du rapport d'activité harmonisé regroupant un ensemble d'indicateurs relatifs au profil des usagers ;
- > projet d'établissement ou de service ;
- > fréquence de réévaluation des projets individuels et donc des modalités d'accompagnement ;
- > nombre de personnes bénéficiant de PAG (plan d'accompagnement global) ;
- > rapport d'activité.

La temporalité des accompagnements et la rotation du public accompagné

Ces éléments peuvent permettre une pondération du taux d'activité cible, voire de l'activité réalisée.

La **non-occupation « frictionnelle » des places au moment des rotations** en établissement d'hébergement (sortie d'une personne accompagnée, entrée d'une nouvelle personne) est quasi inévitable, même si elle peut être réduite par des efforts d'organisation et d'anticipation.

Accueillir un nouvel usager demande un temps d'accompagnement plus important (nécessité de prévoir parfois une évaluation, un temps initial de prise de connaissance réciproque et de construction du projet individuel). De même, **les sorties aussi mobilisent plus de moyens** : préparation, lien avec les partenaires, mise en place de modalités d'accompagnement pour la suite... Ces étapes et actions spécifiques liées aux entrées et sorties font bien partie du cœur de métier des ESMS. Elles sont cependant **d'autant plus chronophages que le taux de rotation de l'établissement est important.**

Lorsqu'une place se libère suite au décès d'une personne accompagnée, le processus de deuil, combiné au temps concrètement nécessaire à la libération des lieux qu'elle habitait, implique un délai spécifique (environ trois à quinze jours) pendant lequel la place n'est pas occupée.

L'hébergement temporaire, par définition, s'accompagne d'une plus grande rotation des personnes accueillies et donc d'une non-occupation « frictionnelle » des places comparativement plus importante que dans un établissement ne proposant que de l'hébergement permanent.

L'accueil séquentiel complexifie la planification et l'organisation de l'activité et peut donc avoir un impact sur le taux d'occupation, dans la mesure où il s'accompagne d'une non-occupation difficilement évitable des places sur certains créneaux. Des problématiques d'occupation alternée d'une même chambre par exemple se posent, ainsi que de cohabitation pas toujours possible dans une chambre double (en fonction de l'âge, du genre, ou autre). Il convient donc de tenir compte de la difficulté à pousser jusqu'au bout la logique d'une « occupation optimale » des places, quand cela signifie, par exemple, l'utilisation d'une même chambre/d'un même lit (espace individualisé et investi par les personnes) par deux personnes différentes selon les jours/les nuits, difficulté pouvant être accrue pour certains profils de personnes accompagnées (ayant besoin de repères stables, d'une occupation exclusive de leur lieu de vie pour être sécurisées...). Les sources permettant de nourrir le dialogue de gestion sur ce point sont :

- > taux d'admission sur les lits/places financés (indicateur Tableau de bord de la performance) : nombre d'admissions dans l'année/nombre de places financées ;
- > nombre de places d'hébergement temporaire autorisées ;
- > part des places effectivement consacrées à l'hébergement temporaire (en pratique) ;
- > projet d'établissement ou de service ;
- > le cas échéant, description de l'activité dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR).

L'activité des ESAT

Le groupe de travail a estimé de façon consensuelle que **le taux d'occupation, calculé en fonction des journées réalisées, doit être combiné à la lecture d'au moins deux indicateurs importants s'agissant des ESAT : la part de travailleurs à temps partiel, et la file active**. Si cette lecture croisée est importante pour l'ensemble des ESSMS, elle est soulignée ici comme essentielle pour les ESAT dans le contexte de fréquence croissante du travail à temps partiel. Pour les ESAT, accompagner deux travailleurs à mi-temps n'est pas équivalent à accompagner un travailleur à temps plein, surtout lorsque le choix du temps partiel correspond à une problématique de vieillissement ou de fatigabilité et donc à un besoin d'accompagnement renforcé.

2.2 Contexte d'intervention de la structure

Les caractéristiques du territoire

Le lieu d'implantation de l'ESSMS influe sur **le temps de trajet** selon que l'on se situe sur un territoire peu dense où les partenaires et ressources sont éloignés (notion d'accessibilité des partenaires, de l'offre en santé, ...), sur un territoire dense connaissant de fréquentes difficultés de circulation, ou si la zone de « recrutement » de l'ESSMS est particulièrement vaste.

Le temps de trajet a un impact sur la durée effective d'un acte (acte + transport = durée effective de l'acte), et donc sur le nombre d'actes pouvant être réalisés sur un temps donné.

À noter : dans le cadre des travaux SERAFIN, le temps de **trajet des professionnels** est distingué du temps de **transport des usagers**. Ce dernier peut jouer sur l'absentéisme des personnes aux rendez-vous qui leur sont fixés. Un calendrier de rendez-vous plus espacé peut aussi être proposé à des usagers pour tenir compte de la durée de leur temps de transport pour se rendre aux consultations. Cela influe donc sur le nombre d'actes réalisés pour une partie des usagers de la file active sur un temps donné.

La situation géographique de la structure, par exemple si elle est éloignée des modes de transport, ou entourée d'un tissu dense d'autres structures médico-sociales, peut également rendre difficile le recrutement du personnel et limiter les admissions.

Enfin, pour les CAMSP, l'**existence ou non de solutions « d'aval »** constitue un autre élément du contexte territorial jouant sur l'activité. Si les enfants accompagnés doivent l'être plus longtemps faute de solution pouvant prendre le relais, cela empêche une progression de la file active.

Les sources permettant de nourrir le dialogue de gestion sur ce point sont :

- > temps total de déplacement des professionnels ;
- > nombre total de déplacements sur l'année ;
- > dimension de la zone de recrutement/d'intervention (à relier à une réflexion sur l'opportunité d'antennes éventuelles) ;
- > taux d'équipement en offre « d'aval » ;
- > liste d'attente en ESSMS « d'aval » ;
- > temps moyen de déplacement par usager de la file active (= temps total de déplacement/file active).

Les partenariats et l'exercice d'une fonction « appui-ressource »

Construire et entretenir ses partenariats relève du cœur de l'activité des structures médico-sociales, mais n'est pas comptabilisé comme une activité « directe ». C'est pourquoi le guide souligne, dans la partie 2, la nécessité de prendre en compte l'activité indirecte au sens des prestations SERAFIN, sans pour autant la comptabiliser.

Au-delà des partenariats, une mission de ressource ou d'appui pour son environnement (auprès d'acteurs moins spécialisés, acteurs du milieu ordinaire...) peut être assurée par un ESSMS au titre de son intégration dans le territoire et d'un rôle de recours spécialisé dans une offre d'accompagnement graduée et inclusive. Le contenu précis de ce que l'on appelle « fonction d'appui/fonction ressources » doit prochainement être défini de façon plus homogène au niveau national, mais c'est d'ores et déjà une organisation de l'offre qui se développe sur le territoire.

Lorsque l'établissement voit sa dotation augmenter au titre de la reconnaissance de cette fonction d'appui, il ne peut s'en prévaloir ensuite pour expliquer une éventuelle moindre activité. Dans le cas contraire, le travail que représente l'exercice d'une fonction ressource ou fonction d'appui peut être imputé aux ressources non mobilisées sur l'accompagnement individuel. Lorsque, dans son rôle d'appui-ressource l'établissement réalise une évaluation de situation individuelle ou un appui à l'élaboration d'un projet, la personne est alors comptabilisée dans sa file active (cf. convention en partie 2).

Les sources permettant de nourrir le dialogue de gestion sur ce point sont :

- > éléments figurant dans le diagnostic préalable au CPOM, dont :
 - nombre de conventions signées avec des ESSMS ou des établissements sanitaires,
 - reconnaissance (formelle) d'une fonction ressource/d'appui aux autres acteurs du territoire ;
- > projet d'établissement ou de service ;
- > pour les CAMSP : nombre d'interventions de prévention réalisées auprès de parents ou d'enfants hors file active, hors CAMSP (dans les crèches, les maternités...) – indicateur B.III.1 du rapport d'activité harmonisé –, partie intégrante des missions des CAMSP.

2.3 Circonstances particulières

Absences des usagers

Un délai de prévenance trop court, lorsqu'un usager ne peut participer à une séance ou consultation prévue ou ne peut se rendre dans l'établissement, ne donne pas aux structures la possibilité d'anticiper et donc de réajuster le planning pour accueillir ou accompagner une autre personne. Dans ce cas, les absences des usagers engendrent une moindre activité.

La partie 2 de ce guide relative aux conventions de mesure de l'activité traite de la prise en compte des absences des usagers : définition *a priori* d'une typologie d'absences prises en compte ou non dans l'activité selon leur motif et leur délai de prévenance, ou considération *a posteriori* des absences par catégorie.

Prendre en compte le taux d'absentéisme constaté les années précédentes peut constituer une donnée de référence pertinente pour analyser la donnée de l'année venant de s'achever.

À noter concernant les ESAT : dans une logique d'optimisation de l'utilisation des ressources, des absences fréquentes des usagers accompagnés peuvent justifier une pratique de « sureffectif », au sens de l'accueil d'un nombre de personnes qui – si elles étaient toutes présentes à temps plein – serait supérieur à la capacité autorisée. Cependant, les aides au poste versées par l'agence des services de paiement sont plafonnées par la capacité autorisée, et le respect de celle-ci est apprécié mensuellement²⁸. Cela freine donc la pratique de « sureffectif », car elle s'avère risquée pour les ESAT (insuffisance des aides au poste versées par l'ASP dans le cas où les absences seraient finalement moindres qu'anticipées, ce qui implique que le travailleur en sureffectif ne pourrait pas bénéficier de la rémunération garantie).

Les sources permettant de nourrir le dialogue de gestion sur ce point sont :

- > nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées (indicateur Tableau de bord de la performance) ;
- > nombre et durée des absences, par catégorie (motif, délai de prévenance) ;
- > taux d'hospitalisation complète (indicateur Tableau de bord de la performance).

²⁸ Conformément à la réglementation qu'applique l'ASP.

Absences des professionnels

Si un professionnel est absent pendant une longue durée sans être remplacé ou si un poste reste vacant (par exemple du fait de difficultés de recrutement sur certains profils), cela peut avoir un impact sur le nombre de personnes susceptibles d'être accompagnées/le volume d'activité pouvant être réalisé. Ceci vaut essentiellement pour les services ou les établissements ayant une activité de type « consultation ». Dans le cas des établissements d'hébergement ou d'accueil de jour, ou pour les services, les équipes se réorganisent généralement pour pallier une absence, ce qui n'est pas sans entraîner un phénomène d'usure et de fatigue, lui-même une cause potentielle de turn-over et d'absentéisme supplémentaire.

Les sources permettant de nourrir le dialogue de gestion sur ce point sont :

- > indicateurs du tableau de bord de la performance ;
- > taux d'absentéisme (étudier son évolution sur plusieurs années) ;
- > taux d'ETP vacants ;
- > taux de rotation du personnel sur effectifs réels ;
- > répartition des effectifs par fonction ;
- > politique de prévention et de qualité de vie au travail ;
- > procédure interne de continuité de service ou gestion de l'absentéisme.

Événements exceptionnels

L'activité est susceptible d'être impactée par des événements exceptionnels. Les exemples suivants ne sont pas exhaustifs : sinistre entraînant une diminution des surfaces de locaux dédiés à l'activité ou une diminution des ressources humaines ; grève ; épidémie ; intempéries/catastrophe naturelle.

Le changement et son accompagnement

Le temps nécessaire à la montée en charge d'une offre nouvelle et/ou à l'adoption de nouvelles pratiques et d'une nouvelle organisation doit être pris en considération pour la lecture de l'activité réalisée.

En effet, une adaptation des professionnels et de l'organisation, dans le cadre d'une restructuration, d'une évolution des autorisations ou agréments, par exemple, nécessite du temps et peut s'accompagner temporairement d'une moindre mobilisation sur le cœur de l'activité ou d'une organisation moins optimisée.

Une offre nouvelle qui s'installe doit être connue et faire l'objet d'orientations/« prescriptions » pour « trouver progressivement son public » : pendant cette période, les objectifs cibles d'activité que l'on pourra attendre à terme de l'ESSMS ne sont pas immédiatement atteints, ce qui peut être anticipé lors de la négociation de la cible avec une notion de progressivité (cible moindre la première ou les deux premières années).

Pour autant, dans le cas d'évolutions comme des extensions non importantes ou des restructurations sans travaux de grande ampleur, la montée en charge doit être rapide compte tenu de l'existence de nombreuses personnes en attente de solution, et ne peut générer une baisse d'activité significative et sur le long terme.

Les sources permettant de nourrir le dialogue de gestion sur ce point sont :

- > projet d'établissement ou de service ;
- > modalités de communication sur la nouvelle offre ;
- > dates de recrutement effectif du personnel ;
- > calendrier prévisionnel et réalisé de montée en charge ;
- > axes du CPOM.

Annexe

Les organisations suivantes ont participé au groupe de travail et/ou transmis des documents de travail lors de la phase de capitalisation. La CNSA remercie vivement leurs représentants, assidus et constructifs aux réunions de travail conduites entre avril et octobre 2018.

ANAP

DGCS

IRDES

CNAMTS

ARS : Île-de-France, Bourgogne Franche-Comté, Bretagne, océan Indien, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val-de-Loire

Départements : conseils départementaux du Pas-de-Calais, de la Haute-Vienne, de Seine-Saint-Denis, du Bas-Rhin, de l'Hérault

ANDICAT

UNIOPSS

FHF

FEHAP

UNAPEI

NEXEM

SYNERPA

APAJH

UNA

AIRe

ANECAMSP

FDCMPP

GEPSO

ANCREAI

La Croix-Rouge française

APF France Handicap

Le Moulin Vert

Fondation Le Phare

Ressourcial

www.cnsa.fr
www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

